DISSERTATION

N° 186.

SUR

LA GASTRITE AIGUË;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 16 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JEAN-BAPTISTE-FRANÇOIS CAYREL, de Toulouse,

Département de la Haute-Garonne;

Bachelier ès-lettres, ès-sciences; Chirurgien sous-aide-major au Gros-Caillou.

In omni febre acutâ, imminet ventriculi inflammatio.

BARTHOLIN.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX, *Examinateur.*
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. CLOQUET, *Examinateur.*
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS, *Président.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER, *Suppléant.* ..... CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux, *Suppléant.*
Dance.	Sandras.
Devergie, *Examinateur.*	Trousseau.
Dubled, *Examinateur.*	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798; l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

Témoignage d'amitié et de reconnaissance.

A MONSIEUR PITRON,

Chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulouse.

Témoignage d'estime et de reconnaissance.

J.-B.-F. CAYREL.

DISSERTATION

SUR

LA GASTRITE AIGUË.

En choisissant la gastrite pour sujet de ma thèse, je ne me suis pas dissimulé les difficultés que je pourrais éprouver à rappeler un point de pathologie qui a si souvent provoqué de vives et savantes discussions. J'ai prévu que, me rangeant sous l'une ou l'autre bannière, il faudrait en adopter la couleur; mais les bornes et la nature d'un acte probatoire se prêtant peu à une polémique, convaincu d'ailleurs qu'un esprit de système ne saurait convenir à une science dont les phénomènes sont si variés, si peu constans dans leur marche, j'ai voulu seulement décrire une maladie observée, appréciable par ses symptômes, avouée de tous les médecins; parler enfin de la gastrite quand elle existe, et non quand sa présence n'est qu'incertaine. J'ai tracé, dans un tableau court et précis, l'histoire de cette maladie, ses causes, ses modes d'invasion, sa marche, son traitement; j'ai indiqué sommairement ses complications, afin d'éviter tout motif qui, prolongeant mon travail au-delà des bornes ordinaires, me ramènerait dans le champ d'une discussion que je veux éviter.

L'estomac est un viscère creux, musculo-membraneux, conoïde, placé obliquement de haut en bas, et de droite à gauche, dans l'épi-

gastre et l'hypochondre gauche, entre l'œsophage et le duodénum. Ses artères lui sont fournies en partie par le tronc cœliaque. Les veines stomachiques vont se terminer dans les branches principales de la veine-porte ventrale, et suivent le trajet des artères; les nerfs qui se distribuent à l'estomac sont fournis par les pneumo-gastriques et les trisplanchniques. On voit par la distribution de ces nerfs les connexions nerveuses que ce viscère peut avoir avec le cœur et les poumons.

Les parois de l'estomac sont formées de trois membranes unies entre elles par du tissu cellulaire : 1°. Une externe ou péritonéale formée par les deux feuillets de l'épiploon gastro-hépatique. 2°. La seconde tunique ou tunique musculeuse est composée de fibres blanchâtres, molles, d'une demi-ligne d'épaisseur. Les auteurs ont admis, entre cette tunique et la tunique muqueuse, une autre membrane qu'ils ont appelée *nerveuse;* cette membrane n'est autre chose qu'une couche de tissu cellulaire. 3°. La troisième tunique ou tunique interne est la membrane muqueuse, villeuse ou veloutée de quelques auteurs; elle est molle, mince, d'un tissu lâche et spongieux, plus épaisse au cardia et au pylore que dans le cul-de-sac; sa coloration naturelle a été le sujet de nombreuses discussions. Les uns, en lui donnant une couleur d'un rouge pourpre, grisâtre, marbrée, ont confondu des traces de phlegmasie avec la couleur naturelle. Suivant d'autres, elles est d'un blanc tirant sur le rouge; blanche rosée à l'estomac, entièrement blanche au duodénum. Il faut encore observer que la coloration de la muqueuse de l'estomac diffère sur le cadavre de ce qu'elle est sur le vivant. On a cherché des membranes saines chez les individus qui ont péri de mort violente; on a ouvert les suppliciés, et on a trouvé quelquefois la membrane rouge; mais l'affection morale, le dernier repas plus copieux et plus excitant que l'on fait prendre ordinairement à ces malheureux, ne peuvent-ils pas avoir procuré cette teinte? On voit que cette expérience ne fournit aucune conclusion.

La coloration de la membrane, dans l'état sain, n'est l'effet que de sa transparence. Elle a quelquefois l'apparence d'un gris pâle, d'un

rose tendre, etc.; mais ces différentes nuances disparaissent par le lavage, et la membrane reste blanche et transparente, si toutefois elle est saine. Il existe donc deux caractères qui prouvent l'état sain de la muqueuse : 1°. la blancheur, 2°. la translucidité. Ces deux caractères sont très-importans, puisque leur altération suffit pour dénoter l'état pathologique.

En dehors de l'état pathologique, il y a des circonstances qui peuvent altérer la membrane et en imposer à l'observateur. Ces circonstances sont : l'âge, l'action de certains alimens ou médicamens, les causes de la mort, les incidens qui l'accompagnent, le voisinage de certains organes, la présence ou l'absence de certaines matières, le temps écoulé depuis la mort, la position, le contact de l'air, l'altération des mucosités. Dans la vieillesse, la muqueuse intestinale est plus mince, moins translucide, quelquefois sèche. L'action directe des médicamens n'est pas encore assez connue pour ne pas confondre ses effets avec ceux de l'inflammation ; toutefois, on sait qu'ils agissent plus ou moins sur la muqueuse, qu'ils peuvent altérer, et que leur matière colorante peut pénétrer la membrane et influer sur sa couleur. Parmi les causes de la mort, l'asphyxie, la strangulation, la pneumonie aiguë, les maladies du cœur, enfin toutes les altérations de la circulation, doivent rendre le tissu cellulaire de la muqueuse plus injecté. L'altération organique du foie, les abcès de cet organe, procurent une injection manifeste. Si on isole la muqueuse, on est à l'abri de commettre une erreur. Il est moins facile d'apprécier l'injection capillaire des malades morts d'indigestion. Les hémorrhagies foudroyantes ou fréquentes rendent la membrane décolorée. La durée de l'agonie, l'intensité de la dyspnée, produisent l'injection : le sang est alors accumulé dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Le voisinage de la vésicule biliaire donne quelquefois un aspect jaune à la courbure de l'estomac et à l'origine du duodénum. La muqueuse est souvent plus injectée là où se trouvent des matières que lorsqu'elle n'est en rapport qu'avec des mucosités ; le même effet est produit par la présence de vers intestinaux. — La coloration naturelle

de la muqueuse est durable selon les saisons, l'état du cadavre, le temps écoulé depuis la mort, la dissipation plus ou moins rapide du calorique: le temps le plus favorable pour les autopsies est trente heures après la mort. —On a remarqué depuis long-temps l'influence du contact de l'air sur la muqueuse; son effet est le même que celui de la respiration. On ne sait pas si la lumière peut aussi influer sur cette membrane; cependant il est certain que les portions de muqueuse exposées au soleil sont plus colorées; pour ces expériences, il est nécessaire de dépouiller la tunique de ses mucosités. —Le mucus forme une couche mince, incolore ou grisâtre, visqueuse, insipide, non coagulable par le feu, l'alcohol, les acides. Dans l'estomac, ce mucus a la saveur des acides, et conserve les propriétés de ces derniers; son altération peut apporter des modifications à l'aspect de la muqueuse stomacale. Au résumé, l'état sain cadavérique de la membrane interne de l'estomac est évidemment la blancheur et la translucidité. Mais quel est l'état sain sur le vivant? On ne le conjecture que par analogie; il est probable que la membrane est rouge, abreuvée de sang, plus foncée dans l'adulte par une excitation habituelle.

La texture de la muqueuse stomacale n'est pas parfaitement connue. On aperçoit des villosités ou replis qui se présentent sous l'aspect de languettes foliacées, dont quelques-unes sont tournées en spirale; elles sont légèrement rouges, saillantes, contractiles chez quelques animaux. Dans leur état normal, il est presque impossible de les apercevoir à l'œil nu sur le cadavre; l'estomac présente en outre un nombre de replis imperceptibles, au fond desquels sont les orifices des cryptes muqueux.

On peut définir la gastrite : *inflammation de l'estomac plus ou moins étendue en surface, bornée ordinairement à la membrane villeuse, mais susceptible de s'étendre aux deux tuniques sous-jacentes.*

L'estomac, par l'importance de ses fonctions, ses liaisons nombreuses, est peut-être de tous les organes le plus susceptible de s'enflammer. *Il y a peu de maladies,* a dit Bordeu, *dans lesquelles l'estomac ne joue au moins un second rôle, et où il ne devienne bientôt le principal*

acteur. Cet axiome est l'expression vraie de la médecine physiologique, que l'on a injustement accusée de réduire toutes les maladies à l'altération de la muqueuse de l'estomac. Elle associe seulement cette affection à toute maladie tant soit peu intense des autres tissus.

Causes. Les causes de la gastrite agissent en sollicitant la muqueuse de l'estomac, soit directement, soit indirectement : de là deux ordres de causes, distinguées par l'*action locale des premières*, l'*action sympathique des autres*.

Le premier ordre renferme les excitans naturels ; ce sont les alimens, les boissons, l'air atmosphérique, le suc gastrique. Les alimens surexcitent l'estomac par leur quantité, leur température, leurs propriétés physiques, leurs élémens chimiques, leur rapport mal établi avec la sensibilité de l'organe. — Les alimens introduits dans l'estomac en trop grande quantité, par rapport à l'habitude ou à la capacité de ce viscère, excitent ses parois, y appellent une plus grande affluence de sang ; une portion de ces alimens, n'ayant pu être soumise au travail de la digestion, devient corps étranger et provoque la gastrite ; l'effet de cette quantité d'alimens est d'autant plus imminent, que l'estomac a été fatigué par des excès antérieurs. — La température des alimens ne peut devenir cause d'inflammation, à moins qu'il n'y ait déjà disposition, ou que l'action de cette température ne soit permanente ou répétée. La dureté, la compacité, le poids des alimens peuvent devenir cause de gastrite. Parmi ces derniers, on trouve les légumes secs, mal cuits ; les portions tendineuses des animaux, enfin tous les alimens réputés de dure digestion, qui, par leur résistance à l'action digestive et leur séjour prolongé dans l'organe, finissent par l'irriter. Les élémens chimiques des alimens formant la circonstance la plus importante de l'étiologie de la gastrite, les viandes, les bouillons trop riches d'osmazome donnés surtout dans la convalescence, les viandes noires, le gibier, les mets salés, aromatisés, les œufs de poissons, les aliacés, les racines de crucifères ; parmi les liquides, les liqueurs alcoholisées, les vins altérés par des sels mé-

talliques, sont autant de causes plus ou moins fréquentes de gastrite. On peut établir en principe général, que la saveur plus ou moins forte des alimens est la mesure de l'excitation qu'ils produisent sur la muqueuse. Les substances alimentaires produisent toutes une excitation nécessaire à la digestion. Dans l'intervalle de ces digestions, la membrane revient à son état naturel; mais si l'excitation produite par les alimens est trop fréquente ou continue, elle peut produire la gastrite. Les substances les plus douces peuvent irriter l'estomac si on a de l'antipathie pour elles : on peut expliquer la difficulté que l'on a dans leur digestion par l'influence sympathique du cerveau. — L'air introduit dans l'estomac, soit avec les alimens, soit à l'aide d'un mécanisme particulier difficile à saisir, peut agir comme excitant direct, puisque dans le second cas il procure le vomissement. — Le suc gastrique est l'agent principal de la digestion; *Stoll* et *Pinel* l'ont regardé comme susceptible d'exciter les parois de l'estomac. *Hunter* et *Meckel* ont été plus loin : ils l'ont indiqué comme la cause de certaines ulcérations et perforations que l'on remarque quelquefois à cet organe; mais toutes ces opinions ne sont rien moins que prouvées. D'abord, il est certain que le suc gastrique séjourne peu dans l'estomac, qu'il n'est amené dans cet organe que par la présence des alimens qui provoquent sa sécrétion. Selon quelques physiologistes, il n'est pas identique dans sa composition, il change de nature selon les alimens; il faudrait ensuite prendre en considération la quantité de mucus qui affaiblirait ses propriétés irritantes. Nous voyons que des quatre excitans naturels dont nous avons parlé, les alimens et les boissons sont les seuls qui méritent d'être appréciés.

Les excitans insolites sont les coups, les chutes sur la région épigastrique, les compressions, les plaies, les hernies de l'estomac, les corps étrangers introduits dans ce viscère, les vers intestinaux, les médicamens amers, les vomitifs, les purgatifs, les toniques, les stomachiques : ces médicamens sont d'autant plus susceptibles de développer la gastrite qu'on les administre dans des circonstances où il y a imminence d'inflammation. Quand l'estomac est intact, les amers ne

produisent la gastrite qu'autant que leur dose est considérable et leur usage trop prolongé ; ils occasionent ordinairement une inflammation chronique. On a dit que les vomitifs et les purgatifs agissaient d'une manière spéciale ; il n'en est pas moins vrai qu'ils ont une action irritante sur l'estomac. Viennent ensuite, parmi les excitans insolites, les poisons minéraux et végétaux, les venins, les alimens putréfiés ou altérés dans leur nature chimique ; on peut encore mettre au nombre de ces causes les poisons qui s'introduisent sous forme de gaz, les émanations des cadavres en décomposition, les miasmes échappés des corps malades ou d'une réunion de corps sains. Ces miasmes s'introduisent avec les alimens, la salive qui en est imprégnée, ou, bien plus rarement, par la peau et les poumons. — La faim et la soif sont des causes fréquentes de gastrite ; ces causes peuvent d'autant plus la produire, que les sujets sont jeunes, la température élevée, et que ce genre d'excitation a été fréquent.

Causes sympathiques. La muqueuse gastrique est, de toutes les muqueuses, la plus disposée à la surexcitation sympathique. Les affections des autres parties du tube intestinal, la *colite*, l'*entérite*, l'*angine*, transmettent facilement leur irritation à l'estomac. Elles la lui communiquent par propagation ou par sympathie. Après les parties du tube digestif, la peau est la plus étroitement liée à l'estomac. Pour preuve de ce rapport sympathique, il n'y a qu'à considérer les phénomènes de la digestion. Dans la première période de cette opération, il se manifeste de légers frissons et un resserrement de la peau ; la deuxième période a un sentiment de chaleur qui succède au léger froid qui l'avait précédé. Les boissons froides arrêtent la transpiration ; les chaudes la provoquent. Les boissons froides glacées produisent une sédation qui n'est suivie de réaction inflammatoire que tout autant que la peau était soumise déjà à une excitation de chaleur extérieure. Les bains troublent la digestion. L'excitation de la peau par la chaleur cause un trouble, une inappétence, une disposition à la gastrite ; les degrés de celle-ci sont en raison directe de l'état thermomé-

trique de la peau. Le froid sec est suivi d'une surexcitation sympathique de l'estomac qui réveille l'appétit. Ainsi la chaleur, l'habitude de vêtemens trop chauds, les excitations de la peau par les rubéfians, les plaies, etc., peuvent devenir causes sympathiques de l'inflammation de l'estomac. Cependant il faut bien observer que dans les phlegmasies générales de la peau, dans la rougeole, la scarlatine, etc., les symptômes de gastrite se manifestent avant l'éruption cutanée, et annoncent que la maladie de l'estomac est primitive et plutôt la cause que l'effet de la phlegmasie de la peau.

Les veilles, la douleur, les chagrins, la peur, la colère, en général toutes les phlegmasies du cerveau ou des méninges, peuvent produire la gastrite. Les fatigues musculaires excessives, les irritations articulaires, les phlegmasies des bronches, du poumon, des voies urinaires, des organes génitaux, en un mot, toute irritation tant soit peu vive ou durable, peuvent influer d'une manière fâcheuse sur l'estomac. La sédation de la peau par le froid peut agir sur ce viscère, mais elle agit de prédilection sur les poumons. Le défaut d'exercice produit la gastrite chronique. La disparition subite des dartres, de la teigne, de certaines évacuations habituelles, peut quelquefois devenir cause de l'inflammation de l'estomac; mais il est moins probable qu'elle en soit la cause que l'effet. La gastrite n'est due à une cause unique que dans deux circonstances : 1°. sous l'influence d'une cause violente, comme dans l'empoisonnement; 2°. elle peut être l'effet d'une cause peu puissante qui acquiert une force d'action par sa durée. Ordinairement elle est provoquée par plusieurs causes réunies. Quand il y a imminence d'inflammation, la cause la plus légère la développe. Si au contraire l'estomac est sain, et qu'il n'y ait aucune circonstance qui favorise son inflammation, les causes les plus puissantes peuvent à peine occasioner une légère irritation. Au reste, l'estomac s'habitue à l'excitation comme il s'habitue à certains poisons. Cependant il ne faut pas confondre la tolérance des tissus avec l'habitude de la sensibilité. D'un autre côté, le soin trop scrupuleux d'éviter tous les exci-

tans rend l'estomac plus impressionnable à la moindre atteinte Si on renonce aux excitans, il faut les abandonner entièrement ou n'y revenir que peu à peu.

La gastrite est, plus que toute autre phlegmasie, subordonnée aux individualités, à la variété. Je décrirai d'abord les différens débuts de cette maladie, ensuite les variétés qu'elle présente.

La gastrite aiguë débute d'une manière brusque ou lente. Si elle débute brusquement, elle peut se présenter sous trois formes différentes : 1°. il se manifeste des frissons qui accompagnent tous les caractères de l'ivresse; 2°. quelquefois elle s'annonce d'une manière foudroyante; par exemple, lorsqu'elle est due à un poison : les désordres sont de suite portés au dernier degré; 3°. elle a quelquefois la forme d'une indigestion : les vomissemens, les évacuations alvines, la petitesse du pouls, la prostration des forces accompagnent ce début.

Lorsque son invasion est lente, elle a aussi trois formes différentes : 1°. dans la première, il y a chaleur à l'épigastre pendant le repas et quelque temps après; appétit plus vif; et lorsqu'il est satisfait, sentiment brûlant à l'épigastre. Si la gastrite augmente, la douleur devient compressive; les yeux, les conjonctives rougissent; il y a les symptômes d'une surexcitation générale, sentiment d'une plus grande force musculaire; 2°. le second mode d'invasion se distingue par des effets sympathiques; il n'y a quelquefois qu'un seul symptôme local, la tuméfaction de l'épigastre après le repas; la face est colorée, le malade a soif de boissons froides, répugnance aux mouvemens; somnolence, inaptitude aux travaux d'esprit: ce mode d'invasion est fréquent et difficile à distinguer; 3°. le troisième mode a pour signes une répugnance pour le bouillon et pour la viande, des nausées, la bouche pâteuse, amère; prostration des forces, borborygmes, constipation, céphalalgie, désir des boissons acidulées, enfin tous les signes de ce que l'on appelle *embarras gastrique*.

Les caractères de la gastrite se divisent en caractères *locaux* et caractères *sympathiques*. Les caractères *locaux* comprennent les *sensations insolites* et les *désordres fonctionnels*.

Sensations insolites. Le premier de ces caractères est la douleur; elle a son siége presque toujours à l'épigastre; elle augmente ordinairement par la pression. On a pensé que la douleur qui augmente ainsi sous la pression dénote la participation de la tunique péritonéale à l'inflammation. Cette opinion me paraît vraie lorsque la douleur se trouve augmentée par la simple pression du diaphragme dans l'acte de la respiration, ou par le moindre poids sur l'épigastre. Mais lorsqu'il y a nécessité d'exercer une forte pression pour développer une douleur profonde, rien ne semble prouver alors que la tunique péritonéale soit enflammée; d'ailleurs les malades rapportent la douleur à un siége plus ou moins profond ou superficiel, selon que l'enveloppe séreuse participe ou non à la phlegmasie. Le siége de cette douleur varie quelquefois; il est tantôt sous le sternum, la région des mamelles; il se prolonge quelquefois au milieu du dos : ce dernier caractère me paraît appartenir plus particulièrement aux névroses de l'estomac. La douleur est fixe ou errante, elle présente des caractères variés; tantôt c'est un sentiment de constriction, une douleur vive, pongitive, dilacérante; tantôt un sentiment d'ardeur brûlante fixé à l'épigastre, ou s'étendant depuis le pylore jusqu'au pharynx. Cette ardeur est un caractère de la phlegmasie des muqueuses. La douleur n'est pas inséparable de la gastrite *Morgagni* cite deux exemples de gastrite avec gangrène sans douleur. Mais ce phénomène dépend-il de l'état sain ou malade du cerveau? Quelquefois l'altération de la sensibilité n'est pas portée jusqu'à la douleur, et alors il y a seulement pesanteur, malaise vague à la région épigastrique. Si la tunique péritonéale est intéressée, il y a constamment douleur pongitive.

Après la douleur viennent quelques autres sensations insolites : l'accroissement ou la diminution d'appétit, le dégoût des substances animalisées, la soif. L'accroissement de l'appétit est ordinairement le signe d'une gastrite commençante ou de l'inflammation partielle d'une portion de l'estomac. Cependant ce signe ne doit pas toujours être pris comme caractère de gastrite, car il peut tenir à une aberration cérébrale ou à une inflammation latente de l'intestin grêle. L'inappé-

tence n'est pas non plus un signe essentiel de gastrite. On peut donner une explication physiologique de l'inappétence dans cette maladie : dans l'appétit, les parois de l'estomac désirent l'excitation des alimens, cette excitation leur est nécessaire pour faire cesser la sensation de faim ; dans la gastrite, l'inflammation tient lieu de l'excitation alimentaire, de manière qu'on n'éprouve jamais le désir des alimens. C'est l'explication du dicton populaire, *la fièvre nourrit*. La soif est occasionée par la sécheresse de la muqueuse en état d'inflammation. On l'a regardée comme le signe de l'inflammation de l'intestin grêle ; il semblerait plus probable que la soif dépend plutôt de l'inflammation de la portion du tube digestif située au-dessus de l'estomac, puisque la sensation de la soif réside au pharynx. Ces sensations insolites ne peuvent être perçues si le cerveau est malade.

Désordres fonctionnels. Ils se composent des *nausées*, des *vomissemens*. Les *nausées* se manifestent dans la gastrite partielle ou commençante ; elles sont continuelles ou n'ont lieu qu'au moment des repas. Les vomissemens annoncent un degré assez intense de la gastrite. Quand la sensibilité est élevée, qu'il y a une gastrite aiguë entée sur une chronique, la circonstance du vomissement est moins grave ; il en est de même dans l'indigestion. Quelquefois on voit ces vomissemens remplacés par des espèces de ruminations. Les matières vomies sont glaireuses, bilieuses, etc. Si les matières sont bilieuses, on peut soupçonner la participation à l'inflammation du canal cholédoque et de la portion correspondante du duodénum, surtout si la face est légèrement colorée en jaune. Toutefois le vomissement seul n'implique rien, puisque nous le voyons se manifester pour toute autre cause que l'inflammation de l'estomac. Il existe actuellement, dans une salle du Gros-Caillou, un homme atteint d'une otite interne, qui a présenté comme symptômes sympathiques de cette affection des vomissemens convulsifs absolument semblables à ceux d'un empoisonnement ; les matières vomies étaient glaireuses. Ces accidens ont cessé quand le pus s'est fait jour à travers l'orifice de la trompe d'*Eustache*. Le calme que les ma-

lades éprouvent après le vomissement a porté quelques médecins à mettre une distinction bien tranchée entre cette circonstance, qui accompagne, selon eux, l'embarras gastrique, et les vomissemens sans soulagement que l'on remarque dans la vraie gastrite.

Phénomènes sympathiques. Les phénomènes sympathiques se rapportent à la partie du tube digestif située au-dessus et au-dessous de l'estomac, aux modifications morbides de la langue. La bouche est pâteuse d'abord, puis chaude, sèche; les lèvres, les gencives participent à ces altérations; la langue est rouge à sa pointe ou sur ses bords. La sécheresse, jointe à la rougeur, est un signe confirmatif; toutefois l'humidité de la langue, jointe à sa rougeur, n'exclut pas la gastrite; quelquefois la langue est rouge au centre, et sa rougeur se manifeste par de petites éminences qui ressortent au milieu de la coloration jaune ou grise qui recouvre l'organe; ce caractère coïncide avec un degré moindre d'inflammation. Cette couleur varie d'un rouge clair au rouge livide; quelquefois il y a exsudation de sang, qui se concrète et forme une croûte noire; la langue est large au début, puis elle se rétrécit à sa pointe; plus l'enduit qui la recouvre est adhérent, plus la gastrite est intense; les mouvemens de la langue sont difficiles, tremblans, surtout s'il y a congestion cérébrale. La participation à l'inflammation de l'intestin grêle et du gros intestin s'annonce par la constipation, les évacuations alvines abondantes, un sentiment de contusion vers l'ombilic.

Après le tube digestif, la peau est la partie la plus susceptible de répondre sympathiquement à l'inflammation de l'estomac; elle peut être altérée dans sa température, dans son état hydrométrique, dans sa sensibilité, par des exanthèmes; sa température est élevée, surtout à l'épigastre; il y a chaleur mordicante, quelquefois insupportable au toucher; la peau est sèche, au point souvent de s'écailler; sa moiteur annonce une heureuse terminaison de la maladie; sa sensibilité est plus vive, plus impressionnable par les agens extérieurs. Lorsque dans la gastrite il n'y a pas d'exanthèmes, la coloration de la peau est na-

turelle ; cependant M. *Broussais* dit avoir observé une coloration d'un rouge foncé. Quelquefois il y a des exanthèmes pourprés, miliaires, des pétéchies.

Sympathies cérébrales. Cet ordre de sympathies mérite une attention particulière, à cause de son importance. Au début, il y a tristesse, morosité, céphalalgie, puis aberrations mentales, délire. Ces sympathies forment deux ordres distincts : tantôt il y a délire sourd, tranquille, altération de la voix, mutisme plus ou moins complet, prostration des forces. La vessie, devenue impuissante, laisse l'urine s'accumuler; les déjections sont involontaires; on remarque un abattement des traits de la face (fièvre ataxique); d'autres fois il y a délire gai ou furieux, loquacité, convulsions ; les yeux sont étincelans. Ces signes, d'après M. *Lallemand*, dénotent l'inflammation des méninges ou de la portion superficielle du cerveau, tandis que les premiers symptômes annoncent un épanchement ou une altération profonde dans la substance propre de l'organe.

Il se manifeste des douleurs contuses dans les membres, les muscles du tronc ; le pouls est dur et plein dans le commencement ; puis il devient fréquent, petit et concentré; on remarque des pulsations insolites à la région épigastrique ; la respiration est quelquefois précipitée, difficile, entrecoupée par une toux gastrique, sèche, ou accompagnée d'une légère expuition ; ce dernier phénomène a quelquefois fait soupçonner une phthisie commençante : au reste, il n'est pas rare de voir cette toux amener une congestion pulmonaire. Les membranes séreuses ne participent pas toujours à l'inflammation de l'estomac. Il n'est pas sûr, comme le dit M. *Scoutetten*, que l'arachnoïde s'enflamme le plus souvent ; la péritonite a lieu quelquefois par contiguité de tissus. Si les voies urinaires participent à l'inflammation, les urines deviennent rares, rouges; l'urètre est enflammé, douloureux ; dans la dernière période de la gastrite, le malade répand une odeur de souris, que M. *Lallemand* explique par la décomposition de l'urine, qui est absorbée et exhalée après à la surface du corps. Les

organes génitaux ne participent pas d'une manière sensible à la gastrite; quelquefois les menstrues se suppriment, les grandes lèvres sont rouges.

Parmi tous ces symptômes, tous ne se trouvent pas ainsi réunis dans la gastrite; l'un d'eux isolé ne conclut rien. La rougeur de la langue, selon M. *Broussais*, est le signe le moins équivoque de la gastrite; la douleur, le vomissement viennent ensuite; toutefois ces symptômes ne sont décisifs que par leur réunion.

Il est impossible de fixer la durée de la gastrite; son véritable caractère est indiqué par l'intensité plus ou moins grande des symptômes locaux et symphatiques plutôt que par sa durée.

Le type de la gastrite est continu ou rémittent; elle est aussi sujette à l'intermittence. Ce dernier mode se dessine surtout dans les pays chauds; alors tout l'appareil des phénomènes de la gastrite, qui était presque nul dans l'intervalle des accès, se réveille dans les redoublemens.

Terminaisons. La gastrite se termine par le retour à la santé, par la mort, par son passage à l'état chronique. La première terminaison est amenée par des circonstances favorables : la simplicité de l'inflammation, l'absence de gastrite chronique, le peu d'excitabilité individuelle, la convenance du traitement. Les signes qui annoncent la convalescence sont : la diminution des symptômes, la lenteur et la plénitude du pouls, l'humidité de la langue, les sueurs, le retour de l'appétit, la régularité des menstrues, l'apparition d'autres hémorrhagies habituelles, l'expression de la physionomie. Si cependant, malgré ces signes de santé, le pouls reste fréquent et dur, on doit appréhender le retour de l'inflammation.

La mort peut être le résultat de l'intensité de la maladie, de ses sympathies fâcheuses, d'un traitement irrationnel ou insuffisant. Le traitement est irrationnel, si l'on a fait usage de purgatifs, de vomitifs violens et répétés, de médicamens excitans capables d'augmenter l'inflammation. Il est insuffisant, si l'on a été trop timide dans l'emploi

des moyens propres à combattre la gastrite. La mort peut aussi dépendre de circonstances qui rendent la maladie plus grave, comme dans les épidémies et sous l'influence de causes permanentes. Elle arrive de plusieurs manières, ou par la phlegmasie très-aiguë de la muqueuse, ou par des perforations des tissus, ou par l'inflammation du cerveau ou des méninges, ou par une gastrite, à laquelle se joignent les deux formes d'encéphalite. Les signes de perforation sont quelquefois obscurs ; cependant la perforation spontanée se manifeste par des douleurs atroces, qui augmentent par la pression ; la tension rapide du ventre, la dépression du pouls, sa petitesse et sa fréquence ; les sueurs froides, la décomposition des traits de la face. Ces signes peuvent manquer ; la douleur peut être bornée à celle d'une colite légère ; mais alors l'estomac peut être perforé sans donner lieu à un épanchement de matière dans la cavité abdominale, comme je l'ai observé dans un cas de perforation du grand cul-de-sac sans épanchement. Un dernier signe que l'on a observé, et qui est d'une grande importance, c'est le sentiment de froid qu'éprouve le malade quand une ulcération a perforé le viscère. Le point de la douleur a été quelquefois utile pour le diagnostic des perforations de l'intestin grêle ; mais il ne faut pas y attacher trop d'importance. Les perforations exprimées à l'observation clinique développent subitement une douleur vive, inattendue, augmentant par la pression, n'étant susceptible d'être diminuée ou détruite par aucune médication. Elles sont incurables si elles sont le dernier terme d'une ulcération progressive.

Si la gastrite, après quelques jours, ne s'est pas terminée par la guérison ou par la mort, elle se prolonge par des phénomènes que l'on attribue à la gastrite chronique. Il y a cessation ou diminution de quelques symptômes ; mais la soif, la sécheresse de la peau, le battement épigastrique persistent, et malgré le mieux qui s'est opéré, le malade ne peut retrouver ni les forces, ni l'embonpoint, ni l'appétit.

Caractères anatomiques. En décrivant les altérations pathologiques de l'estomac dans les cas de gastrite aiguë, je serai obligé d'empiéter

un peu sur la gastrite chronique ; car il est des caractères qui appartiennent à l'une et à l'autre de ces maladies, et que l'on a besoin d'apprécier. Ces caractères forment quatre ordres : 1°. *altération de forme et de tissu sans perte de substance ;* 2°. *altération avec perte de substance ;* 3°. *produit altéré dans les cavités ;* 4°. *altération des organes voisins.*

Premier ordre. On remarque dans cet ordre d'altérations la *distension* de l'estomac ; elle peut être due à la seule présence des gaz ; mais ces gaz ne sont-ils pas un produit de l'altération de l'organe ? Le *rétrécissement* coïncide toujours avec les caractères de la gastrite. Les *altérations de couleur* varient du rouge clair au rouge ardoisé ou noir. On peut établir en principe général que la rougeur est subordonnée à l'intensité de l'inflammation : elle peut prendre une disposition pointillée, par plaques plus profondes ; la phlegmasie a été alors plus violente ; si la rougeur est ecchymosée, disposée par taches qui pénètrent toute l'épaisseur de la membrane, l'inflammation était des plus intenses ; la couleur grise ardoisée est ordinairement le signe d'une irritation chronique ; si la rougeur est pointillée, elle annonce le passage d'une phlegmasie chronique à l'état aigu. La couleur peut être noire, par plaques uniformes ou par petits points disséminés. Ce dernier caractère a été attribué à l'inflammation des villosités ou à une sécrétion vicieuse des follicules muqueux. L'épaississement est difficile à décider comme caractère pathologique. Quand l'inflammation est récente, il y a peu d'épaississement, seulement une simple turgescence ; si elle persiste quelque temps, l'épaississement est plus sensible ; il se termine brusquement ou insensiblement ; il coïncide avec les autres altérations et peut ainsi indiquer le degré de phlegmasie ; quelquefois l'épaississement a un aspect granuleux dû aux follicules engorgés et remplis de sérosité. La muqueuse peut présenter un exanthème interne, formé par des espèces de furoncles. Dans les varioles intenses confluentes, on a remarqué à l'estomac et aux intestins grêles des pustules semblables à celles de la peau. *Chaussier* a observé que les

pustules produites sur la peau par les viandes des animaux charbonneux se reproduisaient aussi sur la muqueuse digestive. Les fongosités que l'on remarque dans les intestins de quelques vieillards rappellent certains ulcères fongueux présentant de l'analogie avec les tissus érectiles susceptibles de s'enflammer : la muqueuse peut être épaissie, rugueuse, ulcérée d'une manière plus ou moins profonde. L'*opacité* est un caractère constant de la gastrite aiguë ; elle est marquée selon son intensité ; elle est complète dans la gastrite chronique. Le *ramollissement*, pour être constaté, exige une connaissance parfaite de la muqueuse : il existe dans les gastrites aiguës ; il est plus ou moins profond et étendu. La *fragilité* accompagne toujours le ramollissement. Quelques altérations de tissu cellulaire sous-muqueux peuvent encore être rapportées à cet ordre de caractères anatomiques ; son ramollissement, sa friabilité, son endurcissement, son œdème, ses abcès peuvent être le résultat d'une inflammation de l'estomac.

Deuxième ordre. *Altérations avec perte de substance.* Ces altérations sont : l'amincissement, l'ulcération, la perforation, la gangrène. L'*amincissement*, lorsqu'il coïncide avec le ramollissement et les colorations profondes, détruit quelquefois les deux tuniques internes de l'estomac ; la séreuse reste seule, offrant une faible résistance à l'effort des gaz et des matières. Les *ulcérations* varient par leur nombre, leur forme, leur aspect. Si la phlegmasie a été aiguë, l'ulcère a ses bords droits ; il est assez profond. Si l'inflammation a été chronique, les bords sont gradués et le cercle extérieur est formé par la muqueuse. Les *perforations* succèdent aux ulcères ; elles ont lieu de dedans en dehors ; elles sont produites comme par un emporte-pièce, ou bien ont la forme d'un entonnoir. Elles s'ouvrent dans la cavité abdominale ou contractent des adhérences avec les tissus voisins. La *gangrène* de la muqueuse est rare ; c'est le dernier degré d'intensité de l'inflammation. Elle a lieu par plaques noires, d'une odeur particulière. Il peut y avoir quelquefois gangrène des fongosités sans altération de la muqueuse.

Troisième ordre. *Altérations des produits.* La muqueuse peut être lisse ou sèche; le mucus plus abondant, coagulable, mais non altéré. Quelquefois il est mêlé de sang ou formé d'un sang pur (1).

Le mucus peut être plastique et former des pseudo-membranes de forme cylindrique. Il peut se former dans l'estomac un pus homogène, ou une matière sanieuse sécrétée par les surfaces dégénérées. La présence des vers, des gaz, est encore une condition pathologique.

Quatrième ordre. *Altération des organes voisins.* Les vaisseaux lymphatiques deviennent quelquefois épais, durs, tortueux. Le mésen-

---

(1) Je rapporte ici une observation qui m'a été communiquée, et qui, par la singularité du phénomène qu'elle a présenté, peut jeter quelque jour sur les symptômes de certaines fièvres pernicieuses et aider peut-être à résoudre le problème physiologique de la rate. M. ***, âgé de cinquante ans, capitaine au 6e. d'artillerie, à Metz, était asthmatique depuis plusieurs années, lorsqu'il fut saisi, vers le milieu de février 1831, d'une plus grande gêne de la respiration, accompagnée d'une toux sèche et de douleurs violentes à la tête. La face était colorée, le pouls plein et large, la peau chaude, la langue étendue et blanchâtre. Porté à l'hôpital, il répondit aux questions qui lui furent faites relativement à la cause de sa maladie, que la veille, étant de service, il avait eu une journée très-pénible, à la suite de laquelle avaient paru les symptômes que l'on observait. On soupçonna une congestion pulmonaire; on prescrivit une large saignée, la diète, tisane de gomme, pédiluve sinapisé. Cette prescription n'ayant amené aucun changement favorable, le lendemain on crut devoir la renouveler. Mais vers dix heures du soir, le malade tomba dans un grand affaissement, avec tendance à l'assoupissement. A cet état on opposa des sinapismes aux pieds, maintenus pendant deux heures. Cette médication fut vaine, et le malade mourut le quatrième jour de sa maladie.

A l'autopsie, on trouva le tube digestif, et particulièrement l'estomac, remplis de sang. La surface interne de cet organe présentait, vers le grand cul-de-sac, des espèces d'ouvertures comme déchirées et béantes, qui correspondaient aux trajets des vaisseaux courts : ces vaisseaux avaient acquis un calibre considérable. La rate, vide de sang, était flasque, ridée, et pouvait être comparée à une poche celluleuse. Les autres organes voisins ou éloignés paraissaient sains.

tère, dont les altérations sont presque constantes dans les gastrites intenses, présente ses ganglions gonflés, renfermant des foyers purulens. Les veines éprouvent une altération de couleur, de l'épaississement ou du ramollissement. On remarque aussi quelquefois l'engorgement des sinus cérébraux, les épanchemens de sérosité; enfin, tous les signes de la translation de l'inflammation sur les autres viscères.

Ce que l'on peut conclure de tous ces caractères, c'est qu'à l'exception de la rougeur et de l'épaississement, pour l'état aigu; de la rougeur, du ramollissement, de l'opacité, de la perte totale de l'élasticité, pour l'état chronique, tous les autres caractères sont variables et ne peuvent seuls rien conclure.

Traitement. Rien de plus simple en apparence que le traitement de la gastrite aiguë. Combattre l'inflammation par les antiphlogistiques, tel est le précepte général auquel l'ignorance ou la mauvaise foi ont voulu donner une restriction banale. En effet, quelque facile à concevoir que paraisse le traitement antiphlogistique, son exécution n'en est pas moins modifiée à l'infini par les circonstances, la nature de l'inflammation, l'état de l'organe, l'âge, le tempérament de l'individu. Faut-il, en effet, prodiguer les évacuations sanguines chez les sujets nerveux comme chez les pléthoriques? Et le soin de ramener un estomac irrité à des fonctions régulières ne demande-t-il pas un talent d'observation bien exercé? Les rechutes fréquentes dans ces maladies, le nombre si grand de ce qu'on appelle *estomacs délabrés*, dépendent moins de la nature de ces affections que du peu d'importance qu'on leur a donné dans le commencement.

Le traitement peut varier d'après l'*intensité des symptômes locaux*, la *nature des symptômes généraux*, la *marche de la maladie*, la *nature des causes*. Cette division, que j'emprunte à M. *Andral*, me paraît très-rationnelle, et annonce que tout en dirigeant son attention sur l'organe primitivement malade, le médecin doit surveiller les complications qui peuvent survenir.

D'après l'intensité des symptômes locaux. Si les symptômes sont légers, la diète, les boissons délayantes, telles que la décoction d'orge, l'eau de gomme édulcorée par les sirops de violette, de capillaire, que l'on conseille selon les susceptibilités de l'estomac, suffisent pour calmer les accidens. Les sirops de groseilles, de cerises, et surtout la boisson que l'on compose en exprimant ces fruits, me paraissent peu convenables : ils sont quelquefois d'une pénible digestion; je les ai vus rejetés par quelques malades. Le sirop de vinaigre doit être proscrit; sa saveur styptique tend à augmenter l'irritation de la muqueuse. La température de ces boissons doit être en rapport avec la température de la chambre qu'occupe le malade. On doit en ordonner une quantité proportionnée à la soif, faire boire peu et souvent. Si les symptômes sont plus graves, si la douleur à l'estomac est intense, on rend le traitement plus actif. Une application de sangsues à l'épigastre que l'on peut renouveler trois ou quatre fois, selon la persistance des symptômes et les forces du malade, amène la résolution de la phlegmasie. L'opportunité de l'application est variable selon l'âge. Chez les enfans en très-bas âge, une, deux et trois sangsues suffisent; une douzaine chez les enfans de six à douze ans ; on peut porter le nombre jusqu'à trente chez les adultes, en diminuant le nombre à mesure que le sujet approche d'un âge plus avancé. On doit user de ce moyen avec réserve chez les jeunes sujets, l'hémorrhagie étant souvent difficile à arrêter. Un enfant qui tète doit être mis à la diète de lait, si la gastrite est peu intense. M. *Andral* conseille alors d'empêcher la nourrice de se livrer à son appétit, afin de rendre son lait moins nourrissant. On doit toujours avoir soin de faire succéder aux sangsues des fomentations émollientes, que l'on entretient avec soin. Ce moyen est de la plus haute importance; il favorise une moiteur révulsive de la peau et calme l'irritation des piqûres qui tournerait au profit de celle de l'estomac. Les ventouses scarifiées peuvent remplacer les sangsues : M. *Larrey* obtient de très-bons effets de leur application. Ces évacuations locales paraissent peu convenir aux individus faibles et nerveux; j'ai vu des évanouissemens, une faiblesse

très-grande, des convulsions, tous les symptômes d'un éréthisme nerveux, succéder à une application de sangsues, tandis que chez les mêmes individus une saignée générale, loin de produire des accidens, soulageait évidemment le malade. Ce phénomène tient-il à ce que les sangsues occasionent par leur piqûre une douleur difficile à supporter par les sujets irritables? ou bien le sang évacué à l'aide des sangsues étant un sang capillaire réparateur, son émission est-elle plus débilitante que la perte d'un sang veineux appauvri? L'une et l'autre de ces hypothèses peuvent être vraies. On se rend compte de la seconde en se rappelant qu'en thèse générale, l'irritabilité nerveuse marche en raison directe des évacuations débilitantes; c'est ainsi que l'on voit les convulsions précéder la fin des malades qui meurent d'hémorrhagie. Les *révulsifs* sont en général plus nuisibles qu'utiles; les vésicans, en agaçant l'irritabilité générale, ont quelquefois aggravé le mal. Le seul révulsif qui paraît efficace, surtout chez les enfans, c'est l'application des cataplasmes chauds aux pieds. Quelque aiguë que soit la douleur, il faut se garder d'administrer l'opium à l'intérieur. Lorsque le vomissement prédomine, il est arrivé quelquefois qu'un émétique a fait cesser ce symptôme; mais d'un fait rare d'observation, il ne faut pas conclure une indication générale et céder aux instances des malades, qui souvent vous tourmentent pour les débarrasser d'un poids qu'ils accusent à l'épigastre. On peut alors permettre quelques boissons acidulées, une ou deux cuillerées d'eau de Seltz dans de l'eau de gomme. Si le vomissement ne cède pas, on conseille d'administrer la glace à l'extérieur et à l'intérieur. Dans ce cas, il est essentiel d'agir avec précaution, afin d'éviter une réaction funeste.

D'après la nature des symptômes généraux. Si la fièvre est ardente, qu'une turgescence sanguine générale accompagne la gastrite, il est bon dès le début de pratiquer une saignée du bras. Si la gastrite, rapide dans sa marche, s'accompagne dès le début de symptômes d'ataxie, d'adynamie, il faut recourir sans hésiter aux antiphlogistiques; mais si ces symptômes persistent, ou s'ils ne se sont développés

que long-temps après l'invasion de la maladie, il serait dangereux d'insister sur les évacuations sanguines. L'état pathologique du système nerveux doit fixer alors l'attention du médecin, et il faut que, sans oublier la maladie primitive, il combatte les symptômes les plus alarmans. Dans ces cas, les toniques, administrés avec prudence, ont quelquefois réveillé les tissus affaissés, et amené une terminaison heureuse lorsque le traitement antiphlogistique avait échoué.

D'après la marche de la maladie. Le traitement doit suivre les phases de l'inflammation. Il est d'autant plus actif que les phénomènes se succèdent avec rapidité.

D'après la nature des causes. Une des premières conditions à remplir est l'éloignement des causes qui ont produit la gastrite : ainsi les alimens, les boissons alcoholisées, enfin tout ce que le médecin apprécie comme motif d'inflammation, doivent être interdits aux malades. Si l'inflammation reconnaît pour cause la présence d'un poison, on doit au plus tôt provoquer le vomissement, sauf ensuite à recourir à une médication spéciale pour neutraliser le poison.

Les gastrites intermittentes réclament le même traitement que les continues. S'il y a persistance dans le retour des accès, on peut employer sans inconvénient les antipériodiques, surtout depuis que les travaux chimiques ont dépouillé le principe médicamenteux du quinquina de l'enveloppe irritante qui rendait son administration si dangereuse.

Le médecin doit apporter une attention scrupuleuse à la convalescence de la gastrite aiguë; c'est là qu'est peut-être la difficulté du traitement; c'est le point où viennent échouer beaucoup d'hommes de l'art. Une diète trop prolongée, comme une alimentation trop rapide, ont des inconvéniens. Dans le premier cas, il se manifeste un éréthisme nerveux, qui, en rendant l'estomac impressionnable au moindre excitant, lui fait supporter péniblement la plus petite ingestion d'alimens. Dans le second cas, on prévoit facilement ce que

pourrait causer une excitation forte sur un organe déjà disposé à s'enflammer. Les premiers alimens doivent être très-légers. Le lait coupé, le bouillon de veau, de poulet; les potages maigres, quelquefois des panades, composent la première alimentation, dont on doit observer avec soin l'influence. On voit souvent des alimens de facile digestion ne pouvoir passer; on peut alors y substituer des substances plus analogues au goût des malades. J'ai remarqué chez plusieurs sujets que des alimens, même irritans, que leur appétit désirait, étaient plus facilement digérés que des mets plus légers et plus doux. Cependant on doit céder avec prudence à ces fantaisies des convalescens. Quelquefois les signes du retour à la santé s'arrêtent tout à coup; la langue devient sale; il se manifeste des nausées, des éructations; les selles sont liquides, d'une odeur insupportable, ou bien il y a constipation; un léger laxatif, une once ou deux d'huile de ricin dans une ou deux tasses de bouillon aux herbes, font disparaître ces accidens, et la convalescence arrive à son terme.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

In febris acutis convulsiones et circa viscera dolores vehementes, malum. *Sect.* 4, *aph.* 67.

II.

Vulneri convulsio superveniens, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 2.

III.

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

IV.

Impura corpora quò magis nutriveris, eò magis lædes. *Sect.* 2, *aph.* 2.

V.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

VI.

Quicumque aliquâ corporis parte dolentes dolorem ferè non sentiunt, his mens ægrotat. *Ibid.*, *aph.* 6.

VII.

Febrem convulsioni supervenire melius est quàm convulsionem febri. *Ibid.*, *aph.* 26.